

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной диагностики ИПО

Зав. кафедрой:
д.м.н., профессор Матюшин Г.В.

РЕФЕРАТ
Миокардит

Выполнила:
ординатор 1 года обучения
Арбузова Алина
Александровна

Красноярск, 2024

Содержание:

1. Понятие
2. Причины возникновения миокардита и его формы.
3. Симптомы, возникающие при миокардите.
4. Диагностические мероприятия.
5. Лечение миокардита.
6. Профилактика и прогноз.

Инфекционные миокардиты

Миокардит - очаговое или распространенное воспаление сердечной мышцы в результате различных инфекций, воздействий лекарственных препаратов, токсинов или иммунных процессов, приводящих к повреждению клеток сердечной ткани и развитию сердечной недостаточности. Истинную распространенность миокардита оценить очень сложно, так как в большинстве случаев он протекает без ярких симптомов и обычно заканчивается полным выздоровлением. Распространенность данного заболевания колеблется в пределах 1 - 4%, в том числе от инфекционных заболеваний в 1,7% случаев. По данным статистики миокардитом болеют чаще люди репродуктивного возраста до 40 лет. Женщины подвержены этому заболеванию в большей степени, чем мужчины, однако мужская половина населения подвержена более тяжелым формам миокардита, протекающим с тяжелыми осложнениями.

Причины возникновения миокардита и его формы.

Все причины, которые в той или иной форме могут приводить к образованию воспаления в сердечной мышце можно разделить на 3 основные группы. Это инфекционные и инфекционно-токсические причины. К ним относятся вирусы: кори, инфекционного мононуклеоза, аденовирусы, вирусы гриппа, инфекционный гепатит и ВИЧ. Непосредственное губительное воздействие на клетку они оказывают путем внедрения внутрь, нарушая тем самым нормальные физиологические процессы. Из бактерий, играющих роль в развитии миокардита, можно выделить следующие: дифтерийная палочка, микобактерии туберкулеза, стрептококки, менингококки и гонококки. Более редкие формы: грибковые поражения (аспергиллез, актиномикоз, кандидоз), паразитарные инвазии (токсоплазмоз, шистосомоз, эхинококкоз). Аллергическая группа: в результате воздействия лекарственных препаратов (сульфаниламиды, цефалоспорины, антидепрессанты), системные заболевания соединительной ткани. Все это активизирует иммунную систему организма в неправильный механизм, который, пытаясь подавить воспаление, принимает свои органы и ткани за патогенный объект и атакует их. Токсическое воздействие (наркотики, алкоголь, заболевания щитовидной железы и сахарный диабет) имеют непосредственное воздействие на сердечную мышцу, приводя к гибели клеток.

Симптомы, возникающие при миокардите.

По течению выделяют несколько форм миокардита в зависимости от начала симптомов и длительности их существования. Острый миокардит характеризуется острым началом и выраженностью клинических проявлений.

Подострый миокардит характеризуется менее яркой клинической картиной, умеренными изменениями в лабораторных анализах. Хронический миокардит характеризуется длительным течением с периодами обострения и полного исчезновения всех симптомов. Так же выделяют три степени тяжести миокардита: легкая, средне-тяжелая и тяжелая форма. Симптомы миокардита не имеют каких-либо специфических черт, по которым можно было бы со 100 % уверенностью сказать, что это именно та патология. Но в большинстве случаев прослеживается взаимосвязь заболевания сердца с инфекцией или другими выше перечисленными причинами. Заболевание чаще всего развивается через несколько дней (реже - недель) после перенесенной вирусной инфекции и в большинстве случаев протекает бессимптомно. Чаще всего (60% случаев) больные начинают ощущать боли в области сердца, которые обычно исходят из около сосковой зоны и могут распространяться на всю область груди. Боли обычно давящего или колющего характера, продолжительные по времени и не зависят от физических усилий или напряжений, т. е. могут возникать в покое. Одышка – второй по частоте симптом текущего миокардита. Ее появление связано со снижающейся сократительной способностью левых отделов сердца. Возникает обычно при выраженной физической нагрузке, при легкой форме миокардита или же еще и в покое - при среднетяжелой и тяжелой формах. Одышка может увеличиваться, когда больной принимает горизонтальное положение. Учащенное сердцебиение отмечают 47,3% больных с миокардитом. Перебои в работе сердца, головокружение и обмороки возникают как следствие нарушения ритма и являются первопричинами с которыми обращаются пациенты. При длительном течении миокардита могут появиться отеки на ногах, которые являются следствием недостаточной работы сердца. Если вы начали замечать какие-либо из этих симптомов у себя и если недавно переболели вирусной инфекцией или злоупотребляете алкоголем и наркотиками, обратитесь к вашему участковому врачу.

Таблица 6. Диагностически значимые критерии дебюта миокардита под маской

ОКС

Клинический сценарий	Типичная клиническая картина
Миокардит под маской ОКС	<p>Острая боль в груди: часто начинается через 1–4 недели после возникновения респираторной или кишечной инфекции часто ассоциируется с выраженными и рецидивирующими симптомами миокардита отсутствует ангиографическое подтверждение КБС</p> <p>Изменение интервала ST и зубца T на ЭКГ: подъем или депрессия сегмента ST инверсия зубца T</p> <p>Изменение на ЭХО-КГ или МРТ с/без нарушения глобальной или очаговой сократимости или дисфункцией левого/правого желудочка по данным ЭХО-КГ или МРТ</p> <p>Изменение уровня тропонинов T и I с/без повышения уровня тропонинов T и I повышение уровня тропонинов T и I может быть как временным (как при остром инфаркте миокарда), так и длительным, в течение нескольких недель или месяцев</p>

Диагностические мероприятия

Из лабораторных методов диагностики в общем анализе крови будет наблюдаться увеличение количества лейкоцитов и ускорение СОЭ. Однако эти показатели могут быть не постоянными и зависят от многих обстоятельств. У некоторых больных в биохимическом анализе крови могут увеличиваться уровень миокардиальных ферментов (КФК, МВ-КФК, ЛДГ), степень повышения которых отражает выраженность воспалительного процесса в тканях миокарда.

В некоторых спорных ситуациях для выявления причины миокардита и при наличии определенных симптомов необходимо провести анализ на выявление антител к кардиотропным вирусам, четырехкратное увеличение которого имеет диагностическое значение. Инструментальные методы диагностики включают в себя: электрокардиограмму и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Миокардиты могут вызывать нарушения на ЭКГ. Могут появиться различные нарушения ритма, такие как синусовая тахикардия или брадикардия, и другие виды. При выполнении ЭхоКГ у больных с малосимптомным или бессимптомным течением миокардита, изменения могут отсутствовать или же могут выявлять незначительные количественные изменения объема крови. При выраженной степени миокардита с развитием сердечной недостаточности падает сократительная способность сердца и объем крови, который оно выбрасывает. Рентгенологическое исследование позволяет определить степень выраженности увеличения сердца в объеме и признаки застойных явлений крови в легких. В очень редких случаях и по особым показаниям производится биопсия миокарда. Окончательный диагноз может быть установлен только после проведения этого инвазивного метода.

При постановке диагноза «миокардит» необходимо исключить заболевания, протекающие с вторичным поражением сердца, то есть те заболевания, которые вследствие своих осложнений приводят к развитию воспалительного процесса в сердце. Для дифференциальной диагностики неревматических миокардитов следует исключить эндокринные, метаболические и общие системные заболевания, как основную причину поражения сердечной мышцы. Очень часто боли в области сердца принимают за стенокардические, хотелось бы перечислить основные отличия. Больные миокардитом обычно указывают на недавно перенесенную инфекцию, у больных есть предрасполагающие факторы к развитию ишемической болезни сердца (курение, повышенное давление, нарушения обмена веществ), для стенокардии характерен положительный эффект от приема нитроглицерина. Для миокардита, который развивается у детей раннего возраста, следует принимать во внимание возможность развития врождённых нарушений (например, нервно-мышечные заболевания, эндокринная патология, врождённые аномалии развития сосудов).

Для проведения более детального анализа причины возникновения эндокардита необходимо получить консультацию ревматолога, ЛОР-врача, инфекциониста, кардиохирурга.

Лечение миокардита.

Во время лечения необходимо решить несколько основных моментов: необходимо предотвратить необратимое расширение камер сердца, снизить к минимуму риск развития хронической сердечной недостаточности. При подозрении на миокардит все больные должны быть госпитализированы. Необходимо соблюдать постельный режим, длительность которого зависит от степени миокардита. При тяжелой степени с риском осложнений лечение необходимо проводить в палате интенсивной терапии. Необходимо соблюдать диету во время лечения и длительное время после с ограничением жидкости и соли. Медикаментозное лечение у больных миокардитом должно быть направлено на устранение причинного фактора и лечение непосредственно симптомов миокардита. Также необходимо скорректировать иммунную систему и устранить возможные дальнейшие осложнения. Поскольку в подавляющем большинстве случаев причиной миокардита является вирусная инфекция, необходимо в острый период болезни на высоте симптомов провести противовирусную терапию (поликлональные иммуноглобулины, интерферон альфа, рибоверин).

При развитии миокардита на фоне бактериальной инфекции больным показано применение антибактериальных средств. Антибиотик назначают с учетом основного заболевания. Необходимо проводить санацию хронических очагов инфекции, что будет благоприятно сказываться на исходе миокардита.

Хирургическое лечение показано больным со стойкими нарушениями ритма, которые не поддаются обычной терапии. Им имплантируют внешний водитель ритма, который, генерируя правильную частоту сокращений, заставляет сердце сокращаться и обеспечивать нормальное кровообращение.

После выздоровления частота посещения врача зависит от формы перенесенного миокардита. При очаговом или легком миокардите показано наблюдение у кардиолога 1 раз в 6 -12 месяцев. При среднетяжелом – каждые 3 месяца, а при тяжелой степени необходима повторная госпитализация. Следует помнить, что если вы когда-то переболели миокардитом вам необходимо избегать переохлаждений, интенсивных физических нагрузок, снизить потребление поваренной соли до 3 грамм в сутки, при появлении отдышки и отеков на ногах немедленно обратится к врачу.

Профилактика и прогноз.

Миокардит может развиваться как проявление или осложнение любого инфекционного заболевания (в первую очередь вирусного), поэтому профилактика миокардита сводится, главным образом, к предотвращению этих заболеваний. Она заключается в проведении профилактических прививок и вакцинаций против тех инфекционных агентов, которые непосредственно

вливают на сердце (корь, краснуха, грипп, полиомиелит, дифтерия). Всем пациентам, у которых в семье были случаи внезапной смерти или развития сердечной недостаточности в молодом возрасте, необходимо проходить врачебный осмотр и ЭКГ – исследование не реже раза в год. Помимо обследования, следует избегать работ, связанных с перегрузкой, или профессионального занятия спортом.

В отношении прогноза миокардита действует правило «трех»: одна треть пациентов выздоравливает, у трети - развивается сердечная недостаточность и еще у трети состояние быстро ухудшается и может иметь летальные исходы. Поэтому следите за своим здоровьем и не болейте!

Хороших результатов по снижению числа миокардитов можно добиться только при семейном воспитании, семейной профилактики, раннем активном выявлении и раннем начале лечения у кардиолога.

Список литературы

1. Моисеев Валентин Сергеевич, Лазарев Павел Валерьевич, Киякбаев Гайрат Калужевич Кардиомиопатии и миокардиты 2020г.
2. Хронические миокардиты | Дерюгин М. В., Бойцов С. А. 2005г
3. МИОКАРДИТЫ Скворцов В.В.1 *, Тумаренко А.В.1 , Одинцов В.В.1 , Орлов О.В.2 , Скворцова Е.М.3 2009 г.